

|                                      |     |     |     |      |     |             |
|--------------------------------------|-----|-----|-----|------|-----|-------------|
| AOK                                  | LKK | BKK | IKK | VdAK | AEV | Knappschaft |
| Name, Vorname, Geb.-Datum, Anschrift |     |     |     |      |     |             |

Klinische Diagnose,  
Lokalisation;  
Labordaten;

|                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Antrag zur histologischen Begutachtung</b>                                                                                      |
| <b>GEMEINSCHAFTSPRAXIS FÜR PATHOLOGIE</b>                                                                                          |
| Dr. med. E. Kohler - Dr. med. V. Maier - Prof. MUDr. J. Zustin<br>Dr. med. A. Droste (FÄ i. A.) - Dr. med. G. Zolnhofer (FA i. A.) |
| <b>Histologie - Zytologie</b>                                                                                                      |
| Dechbettener Str. 5 · 93049 Regensburg · Tel. (09 41) 28 09 26-0 · Fax (09 41) 28 09 26-26<br>pathologie-regensburg@r-kom.net      |

stationär ☐ ambulant ☐

ambulantes Operieren ☐

Wahlleistung Arzt

☐ ja ☐ nein

Aufnahme-Nr: \_\_\_\_\_

**Behandelnder  
Arzt/Operateur:**

\_\_\_\_\_

|                                                  |
|--------------------------------------------------|
|                                                  |
| Eingangsdatum                                    |
| Frühere Einsendungen <input type="checkbox"/> ja |
| E-NR.:                                           |

|                                     |
|-------------------------------------|
| Entnahmedatum:                      |
|                                     |
| Stempel u. Unterschrift überw. Arzt |